

Senast reviderat: 2025-05-15 Rev 6

Dokumentet gäller för: Sektionen för Hematologi och Koagulation

Innehållsansvarig: Ielef Alwan, klinisk apotekare

Godkänd av: Martin Stenson, Sektionschef

Lokal läkemedelshanteringsrutin

Sektionen för hematologi och koagulation

Revideringar i denna version

- Uppdaterade hänvisningar till relaterade dokument.
- Tillägg av PNL:s beställningsförfarande för läkemedel i sortiment.
- Uppdatering av ansvarsbeskrivningar

Revisionshistorik

Rev	Giltig fr.o.m	Förändring	Författare
5	23-04-24	<ul style="list-style-type: none">• Uppdaterade hänvisningar till relaterade dokument.• Tillägg av PNL:s beställningsförfarande för läkemedel i sortiment.• Uppdatering av ansvarsbeskrivningar.	Ielef Alwan
4	21-11-08	<ul style="list-style-type: none">• Uppdatering enligt reviderad mall för Lokala tillägg.• Uppdaterade hänvisningar till relaterade dokument.• Förtydligande om delegering vid vaccinationer.• Tillägg av beställningsförfarande för vaccin för säsongsinfluensa.• Mindre språkliga och redaktionella ändringar,	Elisabeth Wallhult
3	19-02-01	<ul style="list-style-type: none">• Byte av namn från Läkemedelshantering till Läkemedelshantering Lokala tillägg.• Rutinen har utformats och texten utökats i enlighet med SU-gemensam mall.	Elisabeth Wallhult
2.1	13-04-30	<ul style="list-style-type: none">• Namnändringar tex. avd 140 är bytt till Hematologimottagning Sahlgrenska.	Kristina Örnberg Miriam Feldt
1.1	10-08-31	-	Kristina Örnberg Miriam Feldt
	09-12-07	-	Kristina Örnberg Miriam Feldt
	08-08-30	-	Kristina Örnberg Miriam Feldt
	05-12-31	-	Malin Håkansson

Uppföljning utvärdering och revision

Medvetet avsteg från medicinsk vådrutin dokumenteras i Melior. Avvikelse från Rutin hanteras i Med Control Pro.

Granskare

Vase Andonovska, sektionsledare
Anki Karlsson, sektionsledare
Elisabeth Wallhult, vårdenhetschef
Martin Stenson, sektionschef

Innehåll

1. Bakgrund	2
2. Ansvar	3
3. Ordination	3
4. Beställning av läkemedel	4
5. Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd	5
6. Iordningställande och administrering/överlämnande	6
7. Överflyttningar mellan vårdenheter	9
8. Arbetsmiljöaspekter	9
9. Miljöaspekter och läkemedelsavfall	9
10. Kvalitetssäkring	10
11. Narkotikaklassade läkemedel	10
12. Medicinska gaser	10
13. Licensläkemedel	11

1. Bakgrund

Det åligger den enskilde läkaren och sjuksköterskan att känna till innehållet i föreskriften om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37), regional rutin för läkemedelshantering [Regional rutin för läkemedelshantering i Västra Götalandsregionen.pdf \(vgregion.se\)](https://vgregion.se), samt SU specifikt läkemedelshanteringsrutin [Läkemedelshantering SU-övergripande \(vgregion.se\)](https://vgregion.se), som båda finns under fliken Vård → Läkemedel → Hantera läkemedel på sjukhusets hemsida samt i pärm "Läkemedel – Övergripande dokument".

Utbildning om läkemedelshantering finns i Lärportalen på SU Intranät.

För de Rutiner och dokument som nämns i texten hänvisas till sektionens SharePointyta och SU intranät samt pärmarna "Lokal läkemedelsrutiner för avd, och Läkemedels-Övergripande dokument och lokala läkemedelsrutiner för mottagning" som förvaras i läkemedelsrummet.

Vid IT-driftstopp var god se pärm Rutiner vid IT-driftstopp.

2. Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att de rutiner och riktlinjer som verksamheten kräver finns tillgängliga och att verksamheten arbetar enligt SOSFS 2011:9. Sektionsledningen ansvarar för att rutinen är känd och följs.

Ifyllda och signerade ansvarsbeskrivningar förvaras i pärmen "Lokala läkemedelshanteringar för avd samt mottagning".

- Ansvarsbeskrivning [läkemedelsansvarig läkare](#) (mall 2)
- Ansvarsbeskrivning [vårdenhetschef/enhetschef](#) (mall 3)
- Ansvarsbeskrivning [läkemedelsansvarig sjuksköterska](#) (mall 4) (eller motsvarande)
- Ansvarsbeskrivning för [kontrollansvarig narkotika](#) (mall 5) (i förekommande fall)
- Ansvarsbeskrivning för [gasansvarig \(medicinsk gas på flaska\)](#) (mall 13) (i förekommande fall)
- Ansvarsbeskrivning för akutvagn, vätskevagn på enheten (utgå från mall 4 och anpassa)
- Ansvarsbeskrivning för [klinisk apotekare](#)
- [Signaturlista](#) (mall 11) Aktuell lista sitter på dörren i läkemedelsrummet.

3. Ordination

■ Ordinationssystem, förutom Melior, som används är Cytobase. Där ordineras cytostatika och antikroppar som bereds av Extemporenheten. Vid vissa undantagsfall kan det ordineras på cytostatikakort.

■ I Melior framgår om det finns ordinationer i andra system.

-[Mall 7 Generella direktiv om läkemedelsbehandling](#). Fastställt original förvaras i pärnarna för resp. "Lokala läkemedelshanteringar" för avdelning samt mottagning och som får ges av sjuksköterska enligt "Generella direktiv" utformas av vårdenhetsöverläkare på avdelningen och mottagningen. Uppdatering av generella direktiv i Melior görs genom att:

Ansökan fylls av klinisk apotekare i enligt fastställd lista, granskas av vårdenhetsöverläkare och mejlas till systemadministratör för Melior. När ändringarna blivit gjorda i Melior kontrolleras de av sektionschef som sedan signerar på det fastställda originalet att kontrollen är gjord. Revidering ska ske årligen.

-
- Generikabyte görs enligt: Läkemedelsverkets utbytbarhetslista och regionala terapigrupperns bedömning

 - Blodprodukter:
Ordineras och signeras av läkare på läkemedelslistan i läkemedelsmodulen. Transfusionsgränser bör anges i läkemedelsmodulen (vid behovsordination under anvisning)

 - Muntlig ordination:
Dokumentation av muntlig ordination görs i första hand av den som gett ordinationen av läkemedlet. Om han eller hon är förhindrad att dokumentera ska en sjuksköterska dokumentera ordinationen, i enlighet med rutin *"Läkemedelshantering SU-övergripande"*.

 - Vaccinationer:
Generellt direktiv att vaccinera vårdpersonal mot säsongsinfluensa (använd bilaga 1 i rutin [Influensavaccinering av vårdpersonal inom SU](#)), fastställt original förvaras : i pärmen "Läkemedel" i läkemedelsrummet på avd141.

 - Delegering:
I enlighet med S16 Riktlinjer för delegering, Bilaga 1.4 och 1.6 Delegeringsbeslut kan insättning av vissa läkemedel inskrivna i behandlingsplan, blodprodukter samt vissa vaccinationer utföras av sjuksköterska med delegering. Signerad delegering förvaras: hos JACIE-koordinator.

4. Beställning av läkemedel

Lista över behöriga beställare av läkemedel förvaras i pärmarna för resp.

- "Lokala läkemedelshanteringar" för avdelning samt mottagning i läkemedelsrummet, [Mall 12 Behöriga beställare läkemedel PDF](#).

- Behöriga beställare i Cytobase finns inlagt i Cytobase-systemet och lista dras ut vid behov

- Fastställd lista över sortimentet i PNL förvaras i pärmen "Lokala läkemedelsrutiner", även en kopia på glasdörren i resp. läkemedelsrum, förnyas vid uppdatering av sortiment. PNL ansvarar för att uppdatera listan vid behov.

- Fastställd vätskevagnslista för avdelning förvaras: i pärmen *"Lokala läkemedelsrutiner"* i läkemedelsrummet. PNL ansvarar för att uppdatera listan vid behov.

- Beställning av läkemedel görs av PNL i lagerhållningssystemet Hamlet, undantaget vissa licens- och APL-läkemedel som beställs via fax eller telefon av klinisk apotekare eller läkemedelsansvarig sjuksköterska. Beställningsblanketter och kontaktinformation finns i pärmen "blanketter" hos Vase.

- Avdelningen och mottagning ansvarar för extra beställning och inleverans i Hamlet av läkemedel som inte ingår i sortimentet.
Avdelningens beställningsdag är måndag och torsdag.
Mottagningens beställningsdag är fredagar.
Stoptid kl.09:30, tilläggsorder kl. 14:00. Snabb order kan beställas alla dagar fram till kl. 16:00.
Akutorder kan göras dygnet runt.

■ **Kundnummer:**

RGL: **Avd.** 400044062-10, **mottagning** 40004406260
Extemporettillverkning: **Avd.** SA1358, **mottagning** SA1341

■ **Mottagning av läkemedelsleverans:** sjuksköterskor på sektionen tar emot leverans och signerar. Levererade läkemedel för avdelning ställs på BMT mottagning av transportpersonal, PNL packar upp läkemedel in i läkemedelsrummet under leveransdag, de har på sig fram till kl.15:00. Kylvaror prioriteras. Inlevererade narkotikaläkemedel dokumenteras och signeras i PNL Narkotikapärm. Vid varje tillförsel görs en kontrollräkning av total mängd narkotika. Leveransdagar är tisdag och fredag för avdelning och måndag för mottagning. Andra dagar är det sjuksköterskas ansvar att packa upp.

■ **Dosrullar från slutenvårdsdos:** Leverans sker vardagar till låst skåp i slussen på avd. 141. Skåpet kan låsas upp av sjuksköterska genom SITHS-kort och personlig kod. Stoptiden för slutenvårdsdos är kl.13:00. Kvittenslistan signeras vid mottagning av dosrullar av den som hämtar dospåsarna från skåpet och sparas i pärmerna "Slutenvårdsdos" under minst i ett år. Enligt [kvittenslista](#) Sjuksköterska levererar sedan ut respektive dosrulle till läkemedelsvagn i aktuell modul på avdelningen.

■ För beställning av läkemedel som inte beställs på sedvanligt sätt i Hamlet se nedanstående Rutiner i sektionens SharePointyta. Papperskopia finns i pärm PM/Rutin original samt på sjukhusets hemsida under Vård → Läkemedel → Beställa läkemedel → Extemporelläkemedel inkl cytostatika.

- Behandling med Interleukin-2 och Histamin
- Alemtuzumab (MabCampath)
- Cytostatikabeställning – Hema
- Deferoxamin Desferal®
- Eculizumab (BEKEMV)
- Humant plasmaprotein / OctaplasLG®
- Behandling med intravenösa antibiotika i hemmet
- Dextran70 60 g/L, 500mL i glasflaska (art.nr: 771615) beställs från RGL på Blankett C, Natriumcitrat beställs från beredningsenhet läkemedel på Beställningsblankett för övrig Extempore. Klinisk apotekare ansvarar för beställning.
- Läkemedel i homepump, t.ex. Karfilzomib (Kyprolis), pip/Taz, beställs från beredningsenhet läkemedel på Beställningsblankett för elastomeriska pumpar.

■ **Beställning av vaccin för säsongsinfluensa**

Detta beställs via hemsidan <https://www.vaccinservice.se/>.

Kundnummer (hos Oriola): 38227

Kundnamn: Hematologisektionen

Ansvarig läkare: Sigrun Einarsdottir

Kontaktperson för orderbekräftelse: Elisabeth Wallhult

Se även dokumentet [Praktisk läkemedelshantering i korthet](#) på sjukhusets hemsida.

5. Förvaring och skötsel av läkemedelsförråd

■ Alla sjuksköterskor har ett gemensamt ansvar för ordning i läkemedelsrummet, se [Skötsel av läkemedelsförråd med dokumentationsblanketter för temperatur och hållbarhet respektive städning \(mall 9\)](#)

■ Rengöring av förvaringsplats för cytostatika, kylskåpen (inklusive tömning av vattenbehållarna) och säkerhetsbänk görs 2 gånger i vecka av tjänstgörande sjuksköterska.

- Dokumentationsblanketten ersätts av USB-minnen som ligger i varje kylskåp och som kontrolleras månadsvis av klinisk apotekare eller läkemedelsansvarig sjuksköterska.
- Läkemedlens hållbarhetsdatum kontrolleras månadsvis av PNL.
- Lista över läkemedel som får förvaras utanför låst läkemedelsförråd finns i pärmen "Lokala läkemedelshanteringar "
- Patientens medhavda läkemedel omhändertas och förvaras i originalförpackning åtskilt från andra läkemedel i PNL (t.ex. i särskild påse eller kartong). Inskrivande läkare ska ordinaera läkemedlet och ansvarig läkare pilar fram läkemedlet som vanligt i läkemedelsmodulen. Om patienten själv sköter sin medicinering med medhavda läkemedel signerar sjuksköterskan att hen kontrollerat att medicineringen fungerar och att patienten kan ta sina mediciner. Notering om att patienten själv sköter sina läkemedel ska göras både i omvårdnadsjournal och på läkemedelslistan, se [Mall 21 kvittens för omhändertagande av patientens privata läkemedel \(word\)](#) . För narkotikaklassade läkemedel gäller även krav på dokumentation i förbrukningsjournal. Ytterligare information finns i [Säkerhetshandboken](#).
- Indragningar åtgärdas och signeras av lednings sjuksköterska eller läkemedelsansvarig sjuksköterska och vårdenhetschef. Signerad indragningsskrivelse sparas i 1 år och förvaras i pärmen " Lokala läkemedelshanteringar " i läkemedelsrummet.
- Medicinska gaser kontrolleras av gasansvarig, [Mall 18 Förvaring och kontroll av medicinska gasflaskor \(Word\)](#)
- Beställningsansvarig för medicinsk gas är i "akuta" fall förslagsvistjänstgörande sjuksköterska.
- Dokumenterat underlag sparas i 2 år på enheten.
- Ansvarig för akutvagn är utsedda sjuksköterskor på enheten. Ansvarig för akutvagn: Se Delegeringsbeslut Akutvagn. Signerad delegering förvaras: hos JACIE-koordinator. För läkemedel som förvaras i akutvagn hänvisas till SU-gemensamma rutiner [Akutväska - Sahlgrenska Universitetssjukhuset \(vgregion.se\)](#) Ifyllda kontrollistor förvaras i pärmen "Lokala Läkemedelshanteringar".

6. **lordningställande och administrering/överlämnande**

- lordningställande av injektions/infusionsläkemedel får göras av legitimerad sjuksköterska enligt [Arbetsinstruktion vid tillredning av sterila läkemedel](#) (se kapitel 5.8.4 Regional läkemedelshanteringsrutin) och finns tillgänglig vid arbetsplatsen
- Vägledning avseende hållbarhet för brutna förpackningar finns i [Svensk Läkemedelsstandard \(SLS\)](#) kapitlet Förvaring, märkning, lagrings- och användningstider för läkemedel, på Läkemedelsverkets hemsida.

■ Beredning av injektions/infusionsläkemedel görs enligt: [Regional rutin för spädning av intravenösa läkemedel vuxna VGR](#) och [eped](#) och lokala spädningsrutiner för avdelningen, såsom [Cytostatikapärmen](#) och [Komplettering till regional spädningslista av intravenösa läkemedel](#)

■ Gällande blandbarhetschema: Se Webbapplikation Blandbarhet läkemedel <http://blandbarhet.vgregion.se/> eller [Trissel´s IV Compatibility](#)

■ Utbyte till generika/synonyma läkemedel görs enligt Läkemedelsverkets utbytbarhetslista, FASS, regionala terapigrupperns bedömning.

■ Batchnummer för biologiska läkemedel antecknas under utdelningskommentar i utdelningsvyn i Melior.

Administrering och överlämnande

■ Iordningställande får göras av annan person än den som administrerar/överlämnar under följande förutsättningar görs endast i undantag men får göras för parenterala läkemedel under följande förutsättningar:

- att märkning sker enligt kapitel 5 i regional rutin för läkemedelshantering
- VGR-id skrivs i kommentarruta i läkemedelsmodulen i Melior.
- Om annan journalhandling än Meliors läkemedelsmodul används: Beskrivning av dokumentation av iordningställande respektive administrering/överlämnande i de fall olika personer utför momenten eller läkemedel iordningställs för att administreras vid senare tillfälle (i förekommande fall)

■ Tidpunkt för iordningställande respektive administrering/överlämnande ska dokumenteras. Om tiden för administrering/överlämnande avviker mer än 30 minuter från angiven ordinationstid ska den faktiska tidpunkten skrivas in i ordinationshandlingen

■ Övertag av pågående infusion kontrolleras av ansvarig sjuksköterska varje arbetspass och dokumenteras i utvärderingsruta i Melior.

■ Märkning utan patientidentitet och administreringstidpunkt får göras under följande förutsättningar: Vid spoldropp och färdigblandade injektioner/infusioner för direkt administrering efter att patientens identitet kontrollerats enligt rutin.

Alla delegeringar som avser läkemedelshantering ska vara skriftliga, personliga och tidsbegränsade (högst ett år). Uppföljning ska ske regelbundet och utgöra ett ömsesidigt ansvar mellan den som ger och den som tar emot delegeringen [Uppdrag att delegera moment inom läkemedelshantering \(Word\)](#) [Delegeringsbeslut avseende läkemedelshantering \(Word\)](#)

■ Rutiner för Slutenvårdsdos förvaras: i pärm "Slutenvårdsdos"

■ Meddelanden från slutenvårdsdosen lämnas till klinisk apotekare för bedömning

Administreringstider

Nedanstående administreringstider används på sektionen om inget annat ordinerats eller om ett läkemedel på grund av sin indikation är avsett att ges på annan tid. Om flera antibiotika ska ges till samma patient justeras tiderna så att det fungerar tillfredsställande praktiskt.

Kontroll av patientens identitet görs vid varje administrationstillfälle, muntligt eller mot ID-band.

Läkemedel per os:

Antal dostillfällen	KI.						
x1	08						
x2	08					20	
x3	08			14		20	
x4	06		12		18		22
x5	06	10		14	18		22

Intravenöst vätskedropp:

Antal dostillfällen	KI.						
x1	06						
x2	06				18		
x3	06			14		22	
x4	06		12		18		24
x5	06	10		14	18		24

Antibiotika:

Antal dostillfällen	KI.						
x1	08						
x2	08			20			
x3	08		16		24		
x4	08	14		20		02	

Antidoter

■ En sammanställd lista [Antidotlista SU](#) finns på intranätet. Utskriven kopia förvaras: i pärmen "Läkemedel".

■ Dexrazoxan (Savene) – Det finns en förpackning Savene på SU för användning vid extravasering av antracykliner. Den finns i VNL S2 och även i VNL Skövde. Information i [Cytostatikapärmen](#).

■ Glukarpidas (Voraxase) – vid högdos Metotrexate – förvaras på avd. 69. För anvisningar avseende rekvisition och användning se Rutin [Lagerhållning Voraxaze \(glukarpidas\) \(vgregion.se\)](#)

7. Överflyttningar mellan vårdenheter

Överlämningsrutiner vid förflyttning mellan vårdenheter när tex Meliorsläkemedelsmodul inte används:

- **Vårdenhet: CIVA rutin:** Vid överflyttning till CIVA kan mottagande enhet se Meliors läkemedelsmodul. När patienten återgår till vårdavdelningen sker muntlig rapport, pågående medicinering skrivs in i läkemedelsmodulen av intensivvårdsläkaren och CIVAs läkemedelslista i pappersformat medskickas.
- **Vårdenhet: Annan vårdenhet/boende** utanför sjukhuset rutin: Muntlig rapport sker till vårdgivaren och utskrivna läkemedelslista skickas med. Se även SU Rutin Läkemedelsgenomgång och Vård- och läkemedelsberättelse [Läkemedelsgenomgång och Vård- och läkemedelsberättelse \(vgregion.se\)](#)

8. Arbetsmiljöaspekter

- Redovisning av kemiska produkter i KLARA görs enligt rutin: [Klara lathund](#). Säkerhetsdatablad för kemikalier förvaras i pärm "Säkerhetsdatablad".
- Vilka läkemedel som behöver hanteras enligt skyddsinstruktion framgår av: Lokal riskbedömning av läkemedel med arbetsmiljörisk. *Se mall 10.*

Arbetsrutin för riskläkemedel:

SU-gemensam Rutin lordaningsställande av läkemedel med risk för överkänslighet [Hantera läkemedel med arbetsmiljörisk-Cytostatika m fl](#). Utskrift förvaras i pärm "Läkemedel – Övergripande dokument".

- De skyddsinstruktioner som gäller på enheten är: SU-gemensam Rutin [Hantering av cytotatika och cytotoxiska läkemedel](#).
- Riktlinjer för cytotatikahantering i samband med graviditet, se SU-gemensam Rutin [Hantering av cytotatika och cytotoxiska läkemedel](#).
- Västfastigheter ansvarar för att säkerhetsbänk kontrolleras regelbundet. Protokoll från genomförd service förvaras i pärmen "Läkemedel".

9. Miljöaspekter och läkemedelsavfall

Se SUs kompendium "Smittförande avfall och läkemedelsavfall" på intranätet. Utskrift förvaras i pärm "Läkemedel – Övergripande dokument".

- Allt avfall sorteras i avsedd behållare som märks upp med etikett avsedd för avfallstypen. Guide för avfallssortering finns uppsatt i anslutning till uppmärkt plats för avfall.
- Säkerhetsbänk är utformad och används för både personalskydd och produktskydd.

10. Kvalitetssäkring

- Utskriven genomförd kvalitetsgranskning förvaras i pärmen " Lokala läkemedelshanteringar" i läkemedelsrummet avd.141.
- Åtgärdsplan för avvikelser i kvalitetsgranskning av läkemedelshantering förvaras i pärmen "Lokal läkemedelshantering" i läkemedelsrummet och arkiveras i tre år

[Mall 14 Åtgärdsplan efter kvalitetsgranskningen av läkemedelshantering \(Word\)](#)

11. Narkotikaklassade läkemedel

- Plan och kontroll av narkotikaläkemedel utförs enligt mall 22 och sparas i separat pärm i läkemedelsrummet. [Mall 22 Kontrollplan narkotika \(Word\)](#)
- Kontroll av narkotikaklassade läkemedel görs av narkotikaansvarig sjuksköterska minst en gång per månad.
- Narkotikaläkemedel räknas och dokumenteras vid varje uttag med datum, tillförd mängd och varifrån det kommer, uttagen mängd, behållning efter tillförsel/uttag, patientens personnummer och namn. Sjuksköterska signerar.
- Lån av läkemedel från/till avdelningen dokumenteras på blankett i läkemedelsrummet (avdelning, vem lämnar/hämtar, läkemedelsnamn, beredningsform, styrka och antal). Hämtande sjuksköterska/farmaceut antecknar och journalför enhet, VGR-id, namn, åtta sista siffror på SITHS-kortet. Vid hämtning kontrolleras att aktuell patient har en pågående vårdkontakt.
- Kassation av narkotikaläkemedel dokumenteras i journal och sker i behållare för läkemedelsavfall, vid behov avidentifieras först. Kassation skall dubbelsigneras av sjuksköterskor, eller apotekare. Kassation av narkotika från slutenvårdsdos på avdelning journalförs i pärmen "Slutenvårdsdos" i läkemedelsrummet. Datum, patient-id, läkemedelsnamn, kasserad mängd, datum på dos påse/dospåsar, dubbelsigneras.
- Rutin för journalföring av narkotika hämtade från VNL: All narkotika hämtad från VNL journalförs i pärmen "Narkotika VNL" Narkotika från VNL förvaras på uppmärkt plats i läkemedelsrummet.
- Avvikelser avseende narkotika utreds och rapporteras till VEC. Svinn rapporteras i MedControl PRO och anmäls till verksamhetschef.

12. Medicinska gaser

Kontroll av medicinska gasflaskor utförs och dokumenteras enligt [Förvaring och kontroll av medicinsk gasflaska på enhet](#) (mall 18)

- I SUs gashandbok på intranätet finns beskrivet hur beställning av medicinska gasflaskor görs. Utskriven kopia finns ej. Västfastigheter ansvarar för gasanläggningarna.
- För ansvarsbeskrivning gasansvarig se kapitel 1 i denna Rutin.
- För förvaring och kontroll av gasflaskor på sektionen se kapitel 4 i denna Rutin.

13. Licensläkemedel

- Ansvarig för att skriva och förnya licensmotiveringar för generella licenser inom enheten är läkemedelsansvarig läkare. Se pärmen "Licensarkiv" som ligger hos Vase.
- Ansvarig för Compassionate use läkemedel är: klinisk apotekare, se pärmen "*Compassionate use*"
- Ansvarig för att bevaka giltighetstiden för aktuella licenser är: Klinisk apotekare och läkemedelsansvarig sjuksköterska.
- Se [Licensläkemedel](#) för mer information.